

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ТИПОВ ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ

© С.Н. Гайдуков¹, К.Г. Томаева², Е.Н. Комиссарова¹

¹ ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России;

² ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России, Владикавказ

Поступила в редакцию: 02.11.2016

Принята к печати: 09.12.2016

Невынашивание беременности является одной из актуальных акушерских проблем, так как не только влечет за собой снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины. Учитывая тот факт, что частота невынашивания беременности остается высокой, целью нашего исследования явилось изучение невынашивания беременности у женщин различных типов телосложения на современном этапе. Обследовано 119 беременных женщин, из них 34 (28,6 %) имели макросоматический тип, 52 (43,7 %) пациентки – мезосоматический, а 33 (27,7 %) – микросоматический тип телосложения. Из обследованных 59,7 % составили первородящие женщины, а 40,3 % – повторнородящие. Было отмечено, что угроза прерывания беременности на разных сроках гестации была чаще диагностирована у женщин микросоматического типа телосложения. Преждевременные роды также чаще встречались у представительниц микросоматического типа телосложения.

Ключевые слова: соматотип женщин; невынашивание беременности.

NONCARRYING OF PREGNANCY IN WOMEN OF DIFFERENT BODY TYPES

© S.N. Gaydukov¹, K.G. Tomaeva², E.N. Komissarova¹

¹ St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Russia;

² North-Ossetian State Medical Academy, Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Vladikavkaz, Russia

For citation: *Pediatrician* (St Petersburg), 2016;7(4):57-60

Received: 02.11.2016

Accepted: 09.12.2016

Noncarrying of pregnancy is one of the most urgent obstetrical problems, because it entails not only a decrease in the birth rate, but also has a negative impact on women's reproductive health. Given the fact that the incidence of miscarriage remains high, the purpose of our research was to study of miscarriage in women with different body types at the present stage. Was examined 119 pregnant women, of which 34 (28,6%) had macrosomatic type, 52 (43,7%) of patients – mesosomatotype, and 33 (27,7%) had microsomatotype. 59,7% were nulliparous women and 40,3% were multiparous. It was noted that the threat of abortion at different gestational ages was more often diagnosed in women microsomatic body type. Premature delivery is also more frequent in the women with microsomatic body type.

Keywords: women's somatotype; noncarrying of pregnancy.

АКТУАЛЬНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди важнейших проблем практического акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Невынашивание беременности является одной из актуальных государственных проблем, так как не только влечет за собой снижение рождаемости, но и оказывает отрицательное влияние на репродуктивное здоровье женщины. Значимость проблемы усугубляется перинатальными исходами. В тех случаях когда беременность заканчивается преждевременными родами и рождением жизнеспособного, но недоношенного ребенка,

риск перинатальной заболеваемости и смертности очень высок. При этом тяжесть заболевания и частота перинатальных потерь недоношенного новорожденного увеличивается с уменьшением гестационного срока [5, 7, 9].

Если хорошо известна роль инфекции в прерывании беременности [8], то значение соматотипа при невынашивании беременности на различных сроках гестации остается невыясненным.

Как известно, конституция представляет собой целостность морфологических и функциональных признаков организма, сложившихся на основе на-

следственных и приобретенных свойств организма. Соматотип служит определяющим фактором многих физических и психических проявлений жизнедеятельности человека [6]. В последнее время в нашей стране получила широкое применение методика определения соматотипа Р.Н. Дорохова (1985, 1991). В исследованиях этого автора конституциональная диагностика основана на приоритете морфологических признаков, а сама конституция рассматривается как совокупность общей и частной конституций. Соматотип понимается как эквивалент термина «конституция» [2, 3]. Недостаточно работ, изучающих невынашивание беременности у женщин различных типов телосложения при беременности, учитывая новые подходы в соматотипологии. А.Л. Костюк изучала особенности соматотипа беременных с невынашиванием с применением метода Галанта–Чтецова (1979) [4].

Учитывая тот факт, что частота невынашивания беременности остается высокой, целью нашего исследования явилось изучение невынашивания беременности у женщин различных типов телосложения на современном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На ранних сроках беременности обследовано 119 беременных женщин в возрасте от 19 до 37 лет, из них 59,7 % составили первородящие женщины, а 40,3 % — повторнородящие. Соматометрия и компьютерная соматодиагностика проведена по методике Р.Н. Дорохова (1991) [2, 3]. Исследование было одномоментным (поперечным) и осуществлялось на основе научной методологии доказательной медицины [1, 10] с соблюдением принципов добровольности и этического, информированного согласия женщин.

Результаты обрабатывались с применением пакета прикладных программ STATGRAPHICS plus for Windows 5,0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из обследованных женщин 34 (28,6 %) имели макросоматический тип телосложения (МаС),

52 (43,7 %) пациентки — мезосоматический (МеС), а 33 (27,7 %) — микросоматический тип (МиС). Среднее значение веса у женщин макросоматического типа телосложения составило 79,25 кг, роста — 169,3 см, у беременных микросоматического типа соответственно 55,75 кг и 157,1 см, у пациенток мезосоматического типа — 63,15 кг и 164,7 см. У женщин макросоматического типа телосложения жировая масса тела составила 37 %, мышечная — 44 %, у беременных микросоматического типа соответственно 30 и 40 %, у пациенток мезосоматического типа — 31 и 38 %.

В табл. 1 представлена частота невынашивания беременности в анамнезе у обследованных женщин.

Как свидетельствуют полученные данные, самопроизвольный выкидыш чаще встречался у представительниц микросоматического типа телосложения, реже у женщин мезосоматического типа. Так, ранний самопроизвольный выкидыш в группе женщин с микросоматическим типом встречался в 2 раза чаще, чем с мезосоматическим.

Особенности течения беременности у женщин разных типов телосложения приведены в табл. 2.

Как свидетельствуют полученные данные, имеются особенности течения беременности у женщин с различными соматотипами. Угроза прерывания беременности с ранних сроков гестации чаще встречалась у представительниц микросоматического типа телосложения по сравнению с макро- и мезосоматическим типом.

Нами проведен анализ течения родового акта у женщин с различными соматотипами. В табл. 3 представлены сведения о начале родовой деятельности у женщин обследуемых групп.

Обращает на себя внимание тот факт, что преждевременные роды чаще выявлены у представительниц микросоматического типа телосложения — 15,1 % по сравнению с женщинами макро- и мезосоматотипов: 11,7 и 5,8 % соответственно.

Нами были проанализированы особенности родоразрешения у женщин обследуемых групп (табл. 4).

Через естественные родовые пути были родоразрешены 82,4 % женщин с макросоматическим

Таблица 1

Частота невынашивания беременности в анамнезе у женщин обследуемых групп

Невынашивание беременности в анамнезе	МаС-тип (n = 34)		МеС-тип (n = 52)		МиС-тип (n = 33)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Ранний самопроизвольный выкидыш	5	14,7	5	9,6	7	21,2*
Поздний самопроизвольный выкидыш	3	8,8	2	3,9	4	12,1*

Примечание: * различия показаны относительно группы женщин мезосоматического типа, $p < 0,05$

Таблица 2

Особенности течения беременности у женщин обследуемых групп

Течение беременности	МаС-тип (<i>n</i> = 34)		МеС-тип (<i>n</i> = 52)		МиС-тип (<i>n</i> = 33)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Без осложнений	11	32,4*	28	53,8	11	33,3*
Осложненное	23	67,6*	24	46,2	22	66,7*
Угрожающий самопроизвольный выкидыш:						
ранний	2	5,9	2	3,8	5	15,1*#
поздний	2	5,9	–	–	3	9,1*
Угрожающие преждевременные роды	6	17,6	5	9,6	9	27,3*#

Примечание: * различия показаны относительно группы женщин мезосоматического типа, *p* < 0,05; # различия показаны относительно группы женщин макросоматического типа, *p* < 0,05

Примечание: * различия показаны относительно группы женщин мезосоматического типа, $p < 0,05$; # различия показаны относительно группы женщин макросоматического типа, $p < 0,05$

Таблица 3

Начало родовой деятельности в обследуемых группах

Роды	Соматотип женщин					
	МаС-тип ($n = 34$)		МеС-тип ($n = 52$)		МиС-тип ($n = 33$)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Преждевременные:	4	11,7	3	5,8	5	15,1*
с 22-й до 28-й нед.	—	—	—	—	—	—
с 28-й до 31-й нед.	1	2,9	—	—	1	3,1
с 31-й до 34-й нед.	1	2,9	1	1,9	2	6,1
с 34-й до 37-й нед.	2	5,9	2	3,8	2	6,1
Срочные	28	82,4*	48	92,3	26	78,8*
Запоздалые	2	5,9*	1	1,9	2	6,1*

Примечание: * различия показаны относительно группы женщин мезосоматического типа, $p < 0,05$

Таблица 4

Способ родоразрешения в обследуемых группах

Родоразрешение	Соматотип женщин					
	МаС-тип ($n = 34$)		МеС-тип ($n = 52$)		МиС-тип ($n = 33$)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Роды через естественные родовые пути	28	82,4	47	90,4	25	75,8*
Абдоминальное родоразрешение	6	17,6	5	9,6	8	24,2*

Примечание: * различия показаны относительно группы женщин мезосоматического типа, $p < 0,05$

типом, 90,4 % — с мезосоматическим и 75,8 % — с микросоматическим. Наиболее высоким уровнем абдоминального родоразрешения был в группе женщин с микросоматическим типом — 24,2 % против 17,6 и 9,6 % у женщин макро- и мезосоматического типа соответственно.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные свидетельствуют о ряде особенностей течения беременности у представительниц различных соматотипов. Было отмечено, что угроза прерывания беременности на разных сроках гестации была чаще диагностирована у женщин

микросоматического типа телосложения. Преждевременные роды также чаще встречались у представительниц микросоматического типа телосложения. Определение соматотипа у беременных женщин позволяет отнести их в группу риска по невынашиванию беременности, что необходимо учитывать при ведении беременной с ранних сроков гестации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. — М.: Медиа Сфера, 2001. — 392 с. [Vlasov VV. Introduction to evidence-based medicine. Moscow: MediaSfera; 2001. 392 p. (In Russ.)]

2. Дорохов Р.Н. Новое в учении о конституции // Современ. антропология в мед. и спорт. практике. – 1990. – С. 47–48. [Dorokhov RN. New in the doctrine of the constitution. *Sovremen. antropologiya v med. i sport. praktike*. 1990. P. 47-48. (In Russ.)]
3. Дорохов Р.Н. Соматотипирование детей и подростков // Новости спорт. и мед. антропологии. – 1991. – № 3. – С. 107–121. [Dorokhov RN. The somatotyping children and adolescents. *Novosti sport. i med. antropologii*. 1991;(3):107-121. (In Russ.)]
4. Костюк А.Л. Клинико-антропологическое прогнозирование, профилактика и лечение невынашивания беременности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Винница, 2002. [Kostyuk AL. Clinical-anthropological prediction, prevention and treatment of miscarriage. [dissertation] Vinnytsia; 2002. (In Russ.)]. http://www.dissland.com/catalog_ukr/klinikoantropologicheskoe_prognozirovanie_profilaktika_i_lechenie_nevuenashivaniya_beremennosti_avtoreferat.html.
5. Назаренко Ю.Г. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности и пути профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с. [Nazarenko YuG. Medico-social aspects of pregnancy loss and ways to prevent. [dissertation] Moscow; 2006. 24 p. (In Russ.)]
6. Никитюк Б.А., Мороз В.М., Никитюк Д.Б. Теория и практика интегративной антропологии. – Киев; Винница: Медицина, 1998. – 300 с. [Nikityuk BA, Moroz VM, Nikityuk DB. Theory and practice of integrative anthropology. Kiev; Vinnytsia: Meditsina; 1998. 300 p. (In Russ.)]
7. Радзинский В.Е. Акушерство: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 904 с. Radzinskiy VE. Akusherstvo: uchebnik. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 904 p. (In Russ.)]
8. Савичева А.М. Инфекции матери, плода и новорожденного // Педиатр. – 2014. – Т. 5. – № 3. – С. 3–8. [Savicheva AM. Infections in mother, fetus and newborn infant. *Pediatr*. 2014;5(3):3-8. (In Russ.)]
9. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Актуальные проблемы невынашивания беременности: руководство для практических врачей. – М.: Триада-Х; 2009. – 561 с. [Sidel'nikova VM, Sukhikh GT. Actual problems of miscarriage. Moscow: Triada-Kh; 2009. 561 p. (In Russ.)]
10. Greenhalgh T. How to read a paper. The basics of evidence-based medicine. 3rd ed. Oxford: Wiley-Blackwell; 2006. 248 p.

◆ Информация об авторах

Сергей Николаевич Гайдуков — д-р мед. наук, профессор, заведующий, кафедра акушерства и гинекологии. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: gaiducovsn@yandex.ru.

Кристина Гурамовна Томаева — канд. мед. наук, ассистент, кафедра акушерства и гинекологии № 2. ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: tomaevakg@mail.ru.

Елена Николаевна Комиссарова — д-р биол. наук, профессор, кафедра анатомии человека. ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России. E-mail: komissaren@yandex.ru.

◆ Information about the authors

Sergey N. Gaydukov — MD, PhD, Dr Med Sci, Professor, Head, Department of Obstetrics and Gynecology. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: gaiducovsn@yandex.ru.

Kristina G. Tomaeva — MD, PhD, Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology No 2. North-Ossetian State Medical Academy, Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: tomaevakg@mail.ru.

Elena N. Komissarova — PhD, Professor, Department of Human Anatomy. St Petersburg State Pediatric Medical University, Ministry of Healthcare of the Russian Federation. E-mail: komissaren@yandex.ru.